

宛先 西条市障がい支援係 FAX: 0897-52-1294
締切 令和7年9月19日(金) 17時まで

(10月3日(金): 西条市総合文化会館)

フリガナ		生年月日	昭和・平成	年	月	日
お名前		(年齢)	(	歳)		
ご住所	〒					
連絡先	TEL () -					
	Email					
1	障がい者手帳の有無	有 / 無				
2	上の設問で”無し”と回答された方について 今後の取得予定の有無(該当に○)	有 / 無				
3	面接会会場へ、ご一緒に入場される 介助者の人数をご記入ください。	() 人				
4	記載いただいた内容および面接結果については今 後の就職支援に役立てるためハローワークへ情報 提供することに同意します。	はい / いいえ				
障がい者手帳 の種類 (該当に○)		・ 身体障害者手帳 { 心臓/じん臓/上肢/下肢/体幹/その他() } ・ 療育手帳 ・ 精神障害者保健福祉手帳 ・ 手帳無し { 難病 / 発達障がい / その他() }				

面接を希望する会社名を、希望順にご記入ください。(参加企業は西条市ホームページ
(<https://www.city.saijo.ehime.jp/soshiki/chiikifukushi/mensetsukai.html>)に掲載しています。)

※参加企業は、変更となる場合があります。最新情報はホームページを確認していただくか、
地域福祉課(0897-52-1214)までお問合せください。

1	
2	
3	
4	

その他、希望等があればご記入ください。

--

<申込方法について>

- ・オンライン申請(チラシに掲載しているQRコードで申込)
- ・本庁又は西部支所(旧東予総合支所)の窓口へ直接持参するか、FAX(0897-52-1294)によりお申込みください。
- ・送付先や内容に不備がある場合、申込書や案内文書を送付することができないため、よくご確認の上、お申込みください。

【申し込み先・問い合わせ先】
〒793-8601 愛媛県西条市明屋敷164番地
西条市 地域福祉課
障がい支援係 担当: 越智
TEL(0897)52-1214 FAX(0897)52-1294